



## **CONCLUSIONES DEL DEBATE: ¿Cómo afecta el estigma al tratamiento, recuperación y reintegración social?**

1. Existe una falta de conocimiento y consenso sobre el sufrimiento psíquico, los trastornos mentales, y sus abordajes (por parte tanto de gestores sanitarios, profesionales y de la sociedad general). Esto produce desinformación y confusión.
2. Hay una invisibilización de las personas con experiencia de trastorno mental como colectivo ciudadano. Es difícil dedicar recursos a temas que no estén dentro de la cartera de servicios más tradicional, donde existe una preocupante brecha presupuestaria. Falta apoyo institucional a las entidades de usuarios, a que su voz sea escuchada, y, en último término, a las reformas del sistema.
3. Todo esto acaba generando auto-estigma. Las personas y las familias se esconden, lo que acaba generando un retraso en la demanda de ayuda. Una vez dentro del sistema los usuarios ignoran sus derechos (ejemplo derecho a un consentimiento informado), se fomenta una actitud pasiva que retroalimenta la sobreprotección.
4. Una vez se produce la demanda, se entra en un “circuito” asistencial no enfocado a la recuperación y con elementos contradictorios (distintos enfoques teóricos, falta de coordinación entre servicios en las derivaciones...). El retraso que esto produce entorpece la recuperación y aumenta la posibilidad de nuevas crisis y deterioro cognitivo.
5. Atención desde una lógica basada en una relación vertical profesional-usuario, muy influenciada por criterios derivados del uso de parámetros que generan prejuicios sobre el pronóstico y muchas veces bajo una óptica biomédico/farmacológica que genera hipermedicación, control, coerción y no participación de usuarios y familias. Podríamos definirlo como “clínica defensiva”, un sistema infradotado en el que unos pocos profesionales se hacen cargo de algo muy grande. En general, se amputa la esperanza de las personas que acuden a por ayuda. Las hospitalizaciones se viven como un trauma, el diagnóstico como una carga.
6. El resultado es la discriminación de las personas con un problema de salud mental, su pérdida de oportunidades, dificultad en el acceso a puestos de trabajo (cuando se ha podido superar el paternalismo), participación social, y, en general, el ejercicio de plena ciudadanía.

## **PROPUESTAS DE MEJORA**

### Medidas de articulación concretas

- Consejo interministerial (liderado por presidencia y junto con salud y asuntos sociales, justicia, educación, interior...) dedicado a la protección de la salud, derechos y ciudadanía de las personas con problemas de salud mental que promueva un plan nacional al efecto con una dotación económica y calendario concreto.

### Objetivos priorizados

1. Dar la voz a las personas con experiencia propia, fomentando el asociacionismo de manera transparente, la participación en la gobernanza a todos los niveles (del dispositivo al gobierno estatal) y planificar servicios centrados en la persona. Implementación de profesionales y grupos de apoyo entre iguales, como profesión reglada y acicate para el cambio del sistema. Participación de los usuarios a todos los niveles, especialmente en su propio tratamiento y en la gobernanza de cada dispositivo asistencial.
2. Priorización del abordaje psicosocial, centrado en las necesidades específicas de las personas, reorientando y transformando los espacios de atención de manera transversal, incluyendo también dispositivos hospitalarios, prisiones y recursos destinados a las personas en situación de exclusión social. Desarrollo de programas de prescripción social y recomendación de activos sociales.
3. Establecer mecanismos de control y evaluación (con participación de usuarios) en servicios y unidades de ingresos. Registro y sistematización de ingresos voluntarios, involuntarios, voluntarios que acaban en involuntarios y contenciones mecánicas. Vinculación al sistema de gasto por proceso. Prevención cuaternaria. Especial atención a las intervenciones con riesgo de iatrogenia (coerción, efectos secundarios de fármacos, electroshock...).
4. Implementación de servicios vinculantes de información sobre derechos a los usuarios: Consentimiento libre e informado, aceptación del tratamiento con derecho a su rechazo y voluntades anticipadas con vinculación jurídica. Alternativas a la hospitalización y al tratamiento farmacológico.
5. Formación y concienciación a profesionales (no solo salud mental, sino salud general, seguridad del estado, cuerpo judicial, educación, medios de comunicación, sindicatos y sociedad civil en general): enfoque de recuperación basado en derechos: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
6. Campañas en medios de comunicación centradas en prevención de la exclusión y erradicación del estigma a través de la concienciación de la población con especial atención a las edades tempranas.